

TOMASZ KONOPKA

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego

FILIP BOLECHAŁA

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego

MARCIN STRONA

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego

Śmierć od pojedynczej rany kłutej – samobójstwo czy zabójstwo

ABSTRACT

Cases of homicide where the examination of the body reveals a single stab wound account for only 40% of homicides by sharp objects investigated in the Kraków Department of Forensic Medicine. In the majority of cases, these are domestic homicides, and the perpetrators often defend themselves stating that the victim committed suicide. The authors compared suicides by self-inflicted stab wounds (24 cases) with homicides by single stab wounds (62 cases) from the period of 1991-2006. In suicides committed as a result of self-inflicted stab wounds, a typical finding is a multitude of injuries and the presence of hesitation marks. Such pictures of wounds were noted in 21 cases, while only 3 revealed a single stab wound. In 16 cases the suicides removed their garments and exposed (partially or totally) the area where they stabbed themselves; only in 3 cases, they drove a knife through the clothing. Other findings that might indicate a suicide, such as the absence of rib injuries or a horizontal course of the wound, were not as firm. The property that was the strongest discriminant between a domestic homicide by a single stab wound and a suicide was blood alcohol level. In suicides by self-inflicted stab wounds, blood alcohol level was low; only in a single case it exceeded 0.5‰. In victims of domestic homicides by a single stab wound, blood alcohol level was high, in 80% of cases it exceeded 2‰.

Wprowadzenie

W każdym podręczniku medycyny sądowej znajduje się rozdział omawiający kwestię odróżniania samobójstw i zabójstw dokonanych przez zadanie ran kłutych; powstało wiele publikacji zajmujących się tym tematem⁸. Cechy poświadczające tę metodą samobójstwa są tak charakterystyczne, iż ekspert medycyny sądowej nie ma żadnych problemów ze stwierdzeniem, że nie było to zabójstwo. W większości przypadków o zaliczeniu do samobójstw decydują zresztą informacje pozalekarskie, takie jak pozostawienie listu pożegnalnego, wcześniejsze próby samobójcze czy leczenie z powodu depresji. Jedynie w pojedynczych przypadkach spotykamy się z wysuwaniem we wstępnej fazie śledztwa hipotezy zabójstwa, jednak głębsza analiza przypadku, dokonana przez doświadczonego medyka sądowego, szybko doprowadza do weryfikacji niesłusznych podejrzeń. W praktyce krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej, w trakcie ostatnich dwudziestu lat tylko jeden raz mieliśmy do czynienia z samobójstwem dokonany przez zadanie ran kłutych, kiedy to po znalezieniu zwłok doszło do aresztowania pod zarzutem popełnienia zabójstwa (podejrzany był mieszkańcem sąsiedniej posesji, alkoholikiem, który nie potrafił powiedzieć, co robił w dniu śmierci sąsiada; oczywiście został zwolniony po uzyskaniu przez policję wyników sekcji zwłok). We wszystkich pozostałych przypadkach fakt samobójstwa był stwierdzany jeszcze w czasie oględzin zwłok w miejscu znalezienia.

Zabójstwa dokonane przez zadanie rany kłutej, w przypadku których sprawca broni się, twierdząc, że ofiara popełniła samobójstwo, są już dużo większym problemem opiniodawczym. Oto niektóre przypadki z ostatnich lat badane w Zakładzie Medycyny Sądowej w Krakowie:

- a) 42-letni mężczyzna wezwał pogotowie ratunkowe, zgłaszając, że jego 40-letnia konkubina pchnęła się nożem. Stwierdzono zgon. Sekcja zwłok wykazała pojedynczą ranę kłutą na przedniej powierzchni klatki piersiowej po stronie lewej, przebijającą serce i lewe płuco z krwotokiem do jamy opłucnej. Kanał rany miał 15 centymetrów głębokości. Na koszuli zmarłej znajdowało się przebicie w miejscu odpowiadającym ranie. We krwi zmarłej stwierdzono 2,9‰ alkoholu, u jej partnera – 3,2‰. W trakcie śledztwa utrzymywał on, że kłócili się, a w pewnym momencie konkubina chwyciła za nóż i wbiła go sobie w serce.

⁸ F. Driever, P. Schmidt, B. Madea, *Zur Differenzierung zwischen Selbst- und Fremdbeibringung von Halsschnittverletzungen*, „Archiv für Kriminologie” 2000, nr 205 (3,4), s. 92–101; T. Karlsson, *Multivariate Analysis (Forensimetrics) – A New Tool in Forensic Medicine. Differentiation between Sharp Force Homicide and Suicide*, „Forensic Science International” 1998, nr 94, s. 183–200.

- b) 39-letni mężczyzna został przywieziony do szpitala w stanie wstrząsu krwotocznego. Stwierdzono pojedynczą ranę kłutą na przedniej powierzchni klatki piersiowej, przebijającą prawą komorę serca. Pacjent zmarł w czasie operacji, wkrótce po przyjęciu. Żona zmarłego oświadczyła, że w jej obecności mąż chwycił nagle nóż i wbił go sobie w klatkę piersiową. We krwi pobranej od zmarłego w czasie sekcji stwierdzono 2,2‰ alkoholu, jego żony nie badano na obecność alkoholu.
- c) 52-letni mężczyzna został przywieziony do szpitala z raną kłutą na przedniej powierzchni klatki piersiowej, przebijającą serce. Zmarł w kilka godzin po wykonaniu zabiegu operacyjnego. Jego żona wskazała, że przyszedł do domu pijany i awanturował się. W pewnym momencie w czasie kłótni nasunął jej na głowę czapkę, a kiedy ją zdjęła, zobaczyła, że mąż ma nóż wbity w brzuch. Sekcja zwłok wykazała przebicie piątego żebra lewego, serca i wątroby; kanał rany miał ponad 15 centymetrów głębokości. Na odzieży stwierdzono przecięcie na wysokości rany, we krwi pobranej w czasie sekcji wykryto 1,7‰ alkoholu.
- d) 54-letni mężczyzna wrócił pijany do domu i wywołał awanturę z żoną i synami. Jak ci zgodnie zeznali, w pewnym momencie wyszedł do innego pokoju, gdzie po jakimś czasie znaleźli go martwego, leżącego w kałuży krwi. Sekcja zwłok wykazała pojedynczą ranę kłutą na przedniej powierzchni klatki piersiowej, przebicie lewej komory serca i krwotok do jamy opłucnej. We krwi zmarłego wykryto 4,1‰ alkoholu, na koszuli w miejscu rany widoczne było przecięcie materiału.
- e) Policja została wezwana z powodu zgonu 38-letniej kobiety. Jej mąż zeznał, że próbował wpłynąć na nią, aby przestała pić, a w pewnym momencie zobaczył, że żona bierze do ręki nóż i wbija go sobie w brzuch. Sekcja zwłok wykazała pojedynczą ranę kłutą, przebijającą trzon mostka i wchodzącą do serca, z krwotokiem do jamy opłucnej. Ponadto stwierdzono niewielkie podbiegnięcia krwawe na rękach i twarzy. We krwi zmarłej wykryto 2,4‰ alkoholu. Sweter, podkoszulek i biustonosz miały przecięcia materiału na wysokości rany. Wykonano eksperymenty z dowodowym nożem, próbując przebijać nim mostki wypreparowane ze zwłok w czasie sekcji różnych osób, co wykazało, że do przebicia mostka potrzebna jest bardzo duża siła. Wydano opinię, w której przyjęto, że wszystko przemawia za zabójstwem. Sąd uniewinnił podejrzanego, uzasadniając, że nie można jednak wykluczyć, iż kobieta sama zadała sobie śmiertelny cios.

We wszystkich tych przypadkach mieliśmy do czynienia ze zgonem w wyniku pojedynczej rany kłutej klatki piersiowej, przebijającej serce lub duże naczynia. We wszystkich też przypadkach zdarzenie nastąpiło w domu ofiary, w którym w tym czasie przebywał inny członek rodziny lub konkubent, twierdzący, że zdarzenie było samobójstwem. Tylko tego typu okoliczności dają

sprawcy szansę przerzucenia winy na ofiarę. Zadanie kilku ran lub spowodowanie obrażeń obronnych nie pozwala sprawcy przekonać organów ścigania o wersji samobójstwa. Z kolei w przypadkach pchnięcia nożem przez osobę obcą lub poza domem sprawca nie musi przedstawiać wersji o samobójstwie, bo po prostu ucieka z miejsca zdarzenia.

Sporadycznie spotykamy się nawet z przypadkami, w których mimo że ofiara przeżyła i przedstawia prawdziwą wersję zdarzenia, sprawca twierdzi, iż pchnęła się nożem. Na przykład 36-letni alkoholik mieszkający z bratem i bratową został przewieziony do szpitala, gdzie stwierdzono u niego pojedynczą ranę kłutą po lewej stronie klatki piersiowej i krwotok do lewej jamy opłucnej, a w czasie operacji zszyto przeciętą tętnicę płucną. Pokrzywdzony oskarżył swoją bratową o pchnięcie go nożem w czasie kłótni. Podejrzana zaprzeczyła, zeznając, że to on sam ugodził się nożem kuchennym. Każde z tej trójki miało we krwi ponad 2‰ alkoholu.

Cel artykułu

Niniejszy artykuł ma na celu:

- a) dokonanie przeglądu cech charakterystycznych dla samobójstw i zabójstw popełnianych przez zadanie ran kłutych;
- b) określenie, czy wartość dowodowa tych cech jest na tyle duża, aby odrzucić fałszywą wersję samobójstwa w przypadkach zabójstw.

Materiał i metody

Przeanalizowano przypadki samobójstw i zabójstw z użyciem ostrego narzędzia badane w krakowskim Zakładzie Medycyny Sądowej w okresie szesnastu lat (1991–2006). Spośród samobójstw wybrano jedynie przypadki z zadaniem sobie ran kłutych na przedniej powierzchni klatki piersiowej. Co prawda zdarzają się samobójstwa przez zadanie ran kłutych na innych częściach ciała, na przykład szyi, są one jednak znacznie rzadsze od przypadków z ranami klatki piersiowej (jeden przypadek w analizowanym okresie). Spośród zabójstw przy użyciu noża wybrano przypadki z pojedynczą raną kłutą na przedniej powierzchni klatki piersiowej, bo tylko w takich przypadkach należało rozważyć wersję o samobójstwie. Odrzucono przypadki z ranami mnogimi, obrażeniami obronnymi, innymi rozległymi obrażeniami oraz przypadki z ranami zlokaliz-

zowanymi na innych częściach ciała niż przednia powierzchnia klatki piersiowej (sześć przypadków w analizowanym okresie) jako niebudzące wątpliwości co do ich zadania przez drugą osobę. Przypadki wymienione we wprowadzeniu także nie były brane pod uwagę. Analizowano tylko przypadki, w których sprawca przyznał się, odrzucono natomiast te, w których sprawca twierdził, że ofiara popełniła samobójstwo.

W obydwu grupach (samobójstwa i zabójstwa) porównano następujące cechy: płeć i wiek ofiar, miejsce zdarzenia, obecność obrażeń próbnych, układ rany w skórze, obecność lub brak uszkodzeń żeber. W przypadkach samobójstw badano ponadto obecność innych cech wskazujących na samobójstwo (np. nacięcia nadgarstków), a w przypadkach zabójstw – czy sprawcą była osoba bliska, czy obca.

Wyniki

Samobójstwa

Śmierć wskutek zadania sobie ran kłutych klatki piersiowej stanowi niespełna 0,7% wszystkich popełnianych samobójstw. W materiale sekcyjnym krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej w latach 1991–2006 znalazły się jedynie 24 tego typu przypadki (na ogólną liczbę 3086 badanych samobójstw). Samobójstwa przez zadanie sobie ran kłutych klatki piersiowej są wielokrotnie rzadsze od zabójstw, w których narzędzie ostre używane jest w 25% przypadków⁹.

Wśród samobójców zdecydowanie przeważali mężczyźni, jedynie sześć kobiet wybrało tę metodę zadania sobie śmierci. Wiek w przypadku mężczyzn wahał się od 28 do 71 lat, w przypadku kobiet – od 61 do 85 lat (ten typ samobójstwa wybrały osoby zdecydowanie starsze).

Analizując obecność typowych cech wskazujących na samobójstwo, stwierdzono, co następuje:

- a) Uszkodzenia żeber. W przypadku czternastu samobójstw kanały ran drążyły przez przestrzeń międzyżebrową, nie uszkadzając żeber. W dziesięciu przypadkach doszło do uszkodzenia żeber, jednak aż w siedmiu były to jedynie przecięcia części chrzęstnych, w jednym – lekkie nacięcie krawędzi żebra, i tylko w dwóch – całkowite przecięcie żebra w części kostnej.

⁹ F. Trela, J. Kunz, F. Bolechała, P. Kowalski, A. Moskała, R. Rajtar, *Przestępstwa przeciwko życiu – analiza porównawcza materiału krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej w latach 1986–1990 i 1996–2000*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2002, nr 2, s. 1–6.

W grupie zabójstw do uszkodzeń żeber doszło w 48 z 62 przypadków, mimo że w każdym z nich zaistniała tylko jedna rana kłuta.

- b) Układ rany w skórze. Cechą charakterystyczną dla samobójstw jest poziomy układ rany w skórze. Cecha ta, opisana po raz pierwszy przez H. Stolla w 1910 roku, została na wiele lat zapomniana. Przypomniał o niej dopiero Thore Karlsson¹⁰ w roku 1998. W zebranych materiałach w przypadku trzech samobójstw wystąpiły rany o przebiegu pionowym, w przypadku czterech przebieg był skośny. W pozostałych siedemnastu rany miały układ poziomy. W przeciwieństwie do tego rany powstałe na skutek zabójstwa miały układ przypadkowy; na 53 zabójstwa z ranami na przedniej powierzchni klatki piersiowej, w których opisano układ rany, było sześć ran pionowych, dwanaście poziomych, osiemnaście skośnych, szczytem zwróconych w lewo, i siedemnaście skośnych ze szczytem w prawo.
- c) Uszkodzenia odzieży. Jedynie w trzech przypadkach samobójca zadał sobie rany kłute przez odzież, w kolejnych trzech rany zostały zadane po częściowym odsłonięciu rejonu, w który miały godzić, na przykład przez rozpięcie kurtki i koszuli, ale pozostawienie opuszczonego podkoszulka. W trzynastu przypadkach ofiara samobójstwa rozpinała lub unosiła odzież, na której tym samym nie znaleziono żadnych nacięć w miejscach ran. W dwóch przypadkach rany zadały sobie osoby rozebrane z górnych części odzieży, a w trzech nie udało się określić, czy doszło do uszkodzenia ubrania (osoby leczone w szpitalu). Należy zaznaczyć, że we wszystkich przypadkach ran godzących przez odzież wystąpiły także obrażenia próbne. W przypadku zabójstw do uszkodzenia odzieży – z oczywistych powodów – doszło zawsze wtedy, gdy tylko ofiara była ubrana.
- d) Nakłucia próbne i inne działania samobójcze. Obrażenia próbne w postaci od punktowatych ranek do różnej głębokości ran, w liczbie od 1 do 30, pojawiły się w 21 przypadkach. Z oczywistych powodów obrażeń próbnych nie stwierdzono u żadnej ofiary zabójstwa.

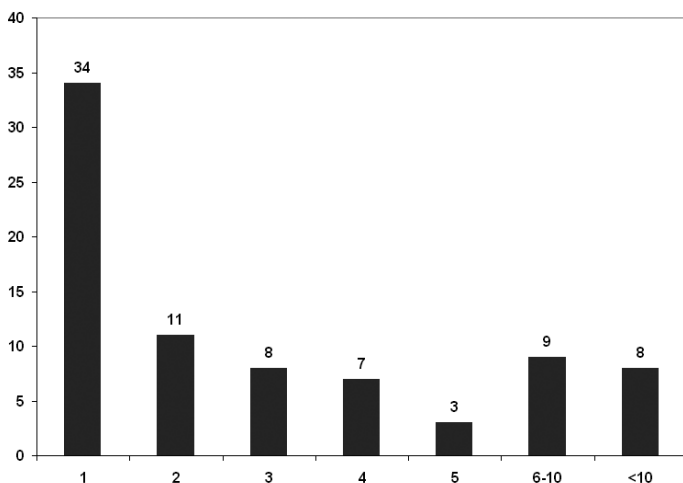
W siedemnastu przypadkach stwierdzono obecność innych działań samobójczych, w tym w jedenastu były to rany cięte szyi lub przedramion, w dwóch – obrażenia wielonarządowe powstałe przy upadku z wysokości, w jednym przypadku samobójca powiesił się po zadaniu sobie ran kłutych w okolice serca i w dwóch utopił się w rzece.

¹⁰ T. Karlsson, *Homicidal and Suicidal Sharp Force Fatalities in Stockholm*, „Forensic Science International” 1998, nr 93, s. 21–32.

Zabójstwa

- a) Wiek i płeć. W latach 1991–2006 w Zakładzie Medycyny Sądowej w Krakowie badano 62 przypadki zabójstw z pojedynczą raną kłutą zlokalizowaną na przedniej powierzchni klatki piersiowej, przebijającą serce lub duże naczynia, z następowym wykrwawieniem. Ofiarami przeważnie byli mężczyźni, wśród ofiar znalazło się tylko sześć kobiet. Wśród mężczyzn wiek wahał się od 15 do 60 lat, wśród kobiet – od 24 do 42 lat.
- b) Miejsce zdarzenia i sprawca. W przypadku czternastu zabójstw nie dysponowano żadnymi informacjami o sprawcy. W piętnastu przypadkach sprawcą była osoba obca – w tej grupie, co ciekawe, znaczna większość zabójstw nastąpiła na zewnątrz (ulica, osiedle, park), a tylko dwa – w mieszkaniu (ofiary to złodziej ugodzony nożem w czasie włamania przez właściciela mieszkania i mężczyzna, który przebił opony w samochodzie i zginął z rąk właściciela samochodu). W grupie zabójstw dokonanych przez osoby obce charakterystyczne były ponadto: młody wiek ofiar (większość miała od 15 do 28 lat) oraz niski poziom alkoholu we krwi, wyraźnie niższy niż w grupie zabójstw popełnionych przez osoby bliskie ofierze. Wśród sprawców nie było kobiet. W pozostałych 33 przypadkach sprawcą była osoba bliska ofierze – współmałżonek, konkubent, członek rodziny lub znajomy. W przeciwieństwie do poprzedniej grupy przytłaczająca większość zabójstw wydarzyła się w mieszkaniu. Aż w 32 przypadkach do zabójstwa doszło w domu sprawcy lub ofiary (najczęściej wspólnym) i tylko w jednym przypadku w restauracji. Sprawcami w piętnastu, czyli prawie połowie przypadków były kobiety. Ta grupa zabójstw odpowiada zdarzeniom określanym jako zabójstwa na tle nieporozumień rodzinnych.
- c) Poziom alkoholu we krwi. Ciekawe wyniki dało porównanie poziomu alkoholu we krwi. W grupie samobójstw w dziewiętnastu przypadkach nie stwierdzono obecności alkoholu, w dwóch mieścił się on w granicach 0–0,5‰ i tylko w jednym był wyższy, wynosząc 1,4‰, a zatem średnio wynosił 0,1‰. Stanowi to wyraźny kontrast z przypadkami zabójstw. W zebranej grupie 62 ofiar zabójstw w wyniku rany kłutej na przedniej powierzchni klatki piersiowej w trzynastu przypadkach poziom alkoholu był niższy niż 1‰, w dziesięciu wynosił 1–2‰, a w pozostałych 39 przypadkach przekraczał 2‰. Dysproporcja między nimi a przypadkami samobójstw jest jeszcze bardziej widoczna, gdy porównamy je z przypadkami zabójstw na tle nieporozumień rodzinnych, czyli takimi, w których zdarza się zgłaszanie zabójstwa jako samobójstwo. Na 33 tego typu zabójstwa, w których sprawcą była osoba bliska, tylko u dwóch ofiar poziom alkoholu był mniejszy niż 0,5‰, u następnych czterech mieścił się w zakresie 1–2‰, a u pozostałych 27 przekraczał 2‰ (w tym u 13 przekraczał 3‰), wynosząc średnio 2,7‰.

W przeciwieństwie do zabójstw „rodzinnych”, w grupie zabójstw popełnionych przez osoby obce dla ofiary (i poza domem) dominowało niskie stężenia alkoholu we krwi – u dziesięciu osób mniej niż 0,5‰, u trzech w zakresie 0,5–1‰ i tylko u dwóch osób więcej (1,5 i 1,7‰).



Rysunek 1. Liczba zabójstw ze wskazaniem na ilość ran kłutych

Źródło: materiał Krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej z lat 1996–2000.

Dyskusja

Zabójstwa z pojedynczą raną kłutą stanowią ponad 40% zabójstw z użyciem ostrego narzędzia badanych w krakowskim Zakładzie Medycyny Sądowej. Ten typ zabójstwa jest dość specyficzny. Na pewno sprawca nie atakuje ofiary ze zdecydowanym zamiarem pozbawienia życia, bo wtedy nie poprzestałby na zadaniu jednego ciosu. Częściej nawet niż przypadki śmiertelne badamy osoby, które przeżyły taki pojedynczy cios nożem, doznając mniej lub bardziej poważnych obrażeń. Sprawca najczęściej broni się, oświadczając, że nie chciał zabić. Często spotykamy się z taką linią obrony sprawcy, iż nie uderzył on ofiary, lecz ta jedynie przypadkowo nadziała się na trzymany przez niego nóż. Największym problemem dla lekarza sądowego są jednak przypadki, w których sprawca twierdzi, że ofiara popełniła samobójstwo.

Przypadki, w których sprawca zabójstwa wyjaśnia, że ofiara popełniła samobójstwo, w materiale Zakładu Medycyny Sądowej stanowią bardzo jednolitą grupę. We wszystkich przypadkach zdarzenie nastąpiło we wspólnym

domu ofiary i sprawcy. Sprawca i ofiara byli sobie bliscy, tworząc rodzinę lub konkubinát. Sprawca i ofiara byli na ogół pijani. Ta grupa zabójstw odpowiada zdarzeniom określanym jako „zabójstwa na tle nieporozumień rodzinnych”. Zabójstwa „rodzinne” cechują się między innymi tym, że nie są planowane, najczęściej są następstwem odreagowania silnych, negatywnych emocji, a nie zamiaru pozbawienia życia. Zabójstwa z tej grupy zazwyczaj są dokonywane w trakcie kłótni na osobie bliskiej sprawcy, często pod wpływem alkoholu, który spotęgował emocje. Narzędzie zabójstwa jest dobierane przypadkowo, najczęściej jest to nóż kuchenny lub ciężki przedmiot. Cechą charakterystyczną jest także to, że sprawca z reguły okazuje żal natychmiast po zadaniu śmiertelnego obrażenia, próbuje ratować ofiarę, nie ukrywa się¹¹. Wydawałoby się, że znane od dawna cechy samobójstwa popełnionego przez zadanie ran kłutych pozwalają w takich przypadkach na jednoznaczne odrzucenie fałszywej wersji o samobójstwie. W ciągu ostatnich lat pojawił się jednak szereg publikacji sądowo-lekarskich kwestionujących wartość dowodową klasycznych cech samobójstw. Michael Bohnert wraz ze współpracownikami opublikował dane o trzech przypadkach samobójczych ran kłutych zadanych przez odzież¹². Bernd Karger wraz ze współpracownikami¹³, badając 31 przypadków samobójstw z ranami kłutymi tułowia, uszkodzenia odzieży znalazł aż w szesnastu. Próbné rany kłute lub cięte stwierdził w 50% przypadków, przy czym aż w sześciu przypadkach z pojedynczą, śmiertelną raną kłutą (na 65 badanych samobójstw) nie stwierdził obrażeń próbných. Roger W. Byard¹⁴, badając dwanaście przypadków, w pięciu z nich nie stwierdził ran próbných. Peter Vanezis¹⁵ nie znalazł ich w piętnastu przypadkach na 29 z ranami kłutymi samobójczymi.

Uszkodzenia żeber Karger znalazł w trzech przypadkach na 24. Karlsson¹⁶ w ośmiu przypadkach na 23 stwierdził uszkodzenia żeber, a w dwóch – nawet mostka (w obydwu dotyczyło to osób chorych psychicznie).

W przypadku zabójstwa, odnośnie do którego podejrzany twierdzi, że było to samobójstwo, dowodem podważającym to twierdzenie mogą być tylko niektóre z powyższych cech. Na pewno nie są dowodem zabójstwa: pionowy

¹¹ J.K. Gierowski, *Motywacja zabójstw*, Akademia Medyczna im. Mikołaja Kopernika, Kraków 1989.

¹² M. Bohnert, D. Ropohl, S. Pollak, *Suizidale Stichbeibringungen durch die Kleidung*, „Archiv für Kriminologie” 1997, nr 200, s. 31–38.

¹³ B. Karger, J. Niemeyer, B. Brinkmann, *Suicides by Sharp Force: Typical and Atypical Features*, „International Journal of Legal Medicine” 2000, nr 113, s. 259–262.

¹⁴ R.W. Byard, A. Klitte, J.D. Gilbert i in., *Clinicopathologic Features of Fatal Self-inflicted Incised and Stab Wounds*, „American Journal of Forensic Medicine and Pathology” 2002, nr 23, s. 15–18.

¹⁵ P. Vanezis, I.E. West, *Tentative Injuries in Self Stabbing*, „Forensic Science International” 1983, nr 21, s. 65–70.

¹⁶ T. Karlsson, *Multivariate Analysis...*, s. 21–32.

układ rany, brak towarzyszących nacięć na nadgarstkach czy niepozostawienie listu pożegnalnego. Cechy te występują na tyle rzadko, że ich wartość dowodowa jest niewielka. Dużo większą wartość dowodową przemawiającą za zabójstwem ma: brak ran próbnych, ugodzenie przez odzież czy pojedynczość rany.

Cechą typową dla samobójstw z użyciem ostrego narzędzia, o dużej wartości dowodowej, jest mnogość ran kłutych. Wynika to prawdopodobnie z braku skutku śmiertelnego po zadaniu sobie pierwszego ciosu. Nawet jeżeli już pierwsze uderzenie trafi w serce, to i tak zgon nie następuje natychmiast, co powoduje, że samobójca wyciąga nóż i uderza kolejny raz obok. Trwa to prawdopodobnie dopóty, dopóki nie zauważy jakiegoś skutku swego działania, na przykład obfitego krwotoku zewnętrznego lub zasnęcia. Powoduje to, że dla samobójstwa charakterystyczny jest zespół ran, często równoległych, różnej głębokości, zlokalizowanych na niewielkiej powierzchni. W zebranych przez nas materiale taki zespół ran wystąpił w 21 spośród 24 przypadków. Tylko w trzech przypadkach wystąpiła pojedyncza rana kłuta, jednak w jednym przypadku były ślady, że samobójca kilkakrotnie wyciągał częściowo nóż i wbijał go z powrotem (pięć ran na sercu przy jednej ranie w skórze klatki piersiowej), w drugim po uderzeniu się nożem samobójca wyskoczył przez okno. W trzecim przypadku 85-letnia schorowana kobieta pchnęła się nożem tylko jeden raz i prawdopodobnie nie miała sił na kolejne ciosy – na pewno było to samobójstwo, bo uderzenie zostało zadane po rozpięciu koszuli.

Jeśli chodzi o cechę, jaką jest odsłanianie z odzieży miejsca, w które samobójca zamierza ugodzić nożem, należy zwrócić uwagę, że na samobójstwo wskazuje nie tylko całkowite odsłonięcie skóry w miejscu uderzenia nożem (brak jakichkolwiek uszkodzeń odzieży), ale także odsłonięcie częściowe, na przykład uniesienie swetra, lecz bez rozpinania koszuli. Uszkodzenia znajdują się wówczas na wewnętrznych warstwach odzieży (np. bieliźnie), ale nie ma ich na warstwach zewnętrznych (np. swetrze, koszuli). Takie częściowe odsłanianie z odzieży wskazuje też na samobójstwo, bo trudno wyobrazić sobie takie działanie w przypadku zabójstwa.

Porównując przedstawiony powyżej własny materiał, stwierdziliśmy, że cechą o dużej wartości dowodowej okazał się poziom alkoholu we krwi. Na 22 ofiary samobójstwa, u których badano poziom alkoholu, więcej niż 0,5‰ stwierdzono tylko u jednej osoby (1,3‰, leczony psychiatrycznie mężczyzna, który zadał sobie siedem ciosów dłutem), podczas gdy w grupie zabójstw na tle nieporozumień rodzinnych taki poziom alkoholu miało 31 spośród 33 ofiar, w tym 27 ofiar miało ponad 2‰ alkoholu. Podobny wynik, jeśli chodzi o samobójstwa, uzyskali R.D. Start i współpracownicy¹⁷, badając 28 przy-

¹⁷ R.D. Start, C.M. Milroy, M.A. Green, *Suicide by Self-stabbing*, „Forensic Science International” 1992, nr 56, s. 89–94.

padków samobójstw przez zadanie ran kłutych. Poziom alkoholu przebadano w 22 z nich, we wszystkich badanie wypadło ujemnie. Tak niski odsetek osób nietrzeźwych wśród samobójców wyraźnie wyróżnia pchnięcie się nożem spośród innych metod targnięcia się na własne życie. W materiale krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej (niepublikowanym) odsetek osób, które popełniając samobójstwo, były pod wpływem alkoholu (ponad 0,5‰), sięga od 26% w rzuceniu się do wody i rzuceniu się z wysokości, przez 32% w przejechaniu przez pociąg, 33% w przypadkach zadania sobie ran ciętych, 37% w zatruciu lekami, do 40% w powieszeniach. Rozważając przyczyny tej zaskakującej „trzeźwości” samobójców godzących nożem we własną klatkę piersiową, należy raczej odrzucić hipotezę, że jest to metoda zbyt trudna dla osoby pijanej. Wydaje się natomiast prawdopodobne, że osoba działająca z zamiarem pozbywania się życia, będąc pod wpływem alkoholu, nie wybiera tej metody, bojąc się, iż będzie ona nieskuteczna. Trafienie nożem we własne serce byłoby może proste dla znającego ludzką anatomię lekarza, jednak przeciętna osoba ma jedynie mgliste pojęcie o lokalizacji serca, jego wielkości czy głębokości położenia. Osobnik pijany ma prawo obawiać się, że nieprecyzyjne wbicie sobie noża w klatkę piersiową nie spowoduje szybkiego zgonu. Samobójca będący pod wpływem alkoholu wybiera zatem inny, bardziej przewidywalny sposób odebrania sobie życia. Wysoki poziom alkoholu we krwi ofiary jest zatem cechą bardzo silnie przemawiającą za wersją zabójstwa. Oczywiście chodzi tylko o zabójstwa na tle nieporozumień rodzinnych. W drugiej grupie zabójstw z pojedynczą raną kłutą popełnionych przez osoby obce (i na zewnątrz) poziomy alkoholu we krwi ofiar są niskie. W przypadku tej grupy wysuwanie hipotezy samobójstwa jednak się nie zdarza, a w każdym razie nie pojawiło się w analizowanym materiale.

Wnioski

Przypadki zabójstw, w których sprawca twierdzi, że ofiara popełniła samobójstwo, stanowią grupę bardzo jednoznacznie różniącą się od przypadków samobójstw. W przypadkach samobójstw nie ma świadków zdarzenia, sekcja wykazuje na ogół kilka równoległych ran kłutych, nie towarzyszą im uszkodzenia odzieży lub przynajmniej jej wierzchnich warstw, a ofiara jest trzeźwa. W przypadkach zabójstw śmierć następuje w obecności świadka będącego osobą bliską ofierze, sekcja wykazuje uszkodzenie odzieży na wysokości rany (lub ran), ofiara zaś jest pijana. Wystąpienie takich okoliczności pozwala na odrzucenie wersji mówiącej o samobójstwie.